

# RESISTRATION FORM 診察申込書 (英語)

Date Year / Month / Day  
 記入日 年 / 月 / 日

Name 名前		Sex 性別	M・F 男・女	Date of Birth 生年月日	Y 年	M 月	D 日	Age 年齢	
Home Address 住所				TEL (Home)					
Occupation 職業			Nationality 国籍			Religion 宗教			
Name of work place or school 勤務先または学校名				TEL (Work or School)					
Address of work place or school 勤務先または学校の住所									
Insurance category 保険の種類	National Health Insurance 国民健康保険		Employee's Insurance 会社の健康保険 (本人・家族)			Private Insurance プライベート保険			
	Senior's Insurance 老人保険		Social Welfare 生活保護			No Insurance 保険なし			
Preferable Department 受たい診療科目	Internal Medicine 内科	Surgery 外科	Orthopedics 整形外科	Plastic Surgery 形成外科	Neurosurgery 脳神経外科	Pediatrics 小児科	Psychiatry 精神科		
	Neurology 神経内科	Obstetrics & Gynecology 産婦人科		Dermatology 皮膚科	Urology 泌尿器科	Ophthalmology 眼科	Otolaryngology 耳鼻咽喉科		
	Physical Therapy リハビリテーション科	Pain Management 麻酔科	Dentistry 歯科	Orthodontics 矯正歯科	Others ( ) その他				